



ردیف	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	نهاد یا ارگان اعزام کننده	محل خدمت
۱				
۲				

سابقه همکاری با ارگانهای انقلاب اسلامی یا نهادهای دولتی

ردیف	نام محل	استان	شهر	تاریخ شروع و خاتمه	نوع فعالیت	ارتباط
۱						
۲						
۳						

وابستگی درجه یک به خانواده شهید  مفقود الاثر  اسیر  نام و نام خانوادگی ایشان:

نسبت فامیلی شما با وی: محل(شهادت/اسارت/مفقود شدن): زمان:

چنانچه مجروح یا جانباز می باشید: مجروح  جانباز:  آسیب دیدگی  زمان و محل وقوع:

آیا عضو نیروی مقاومت بسیج می باشید؟ بله  خیر  (چنانچه عضو می باشید مدارک موجود باید ضمیمه پرونده گردد)

\* مشخصات دو نفر افراد مورد اطمینانی که شما را کاملا می شناسند (به غیر از پدر، مادر، خواهر و برادر) و دو نفر از دوستان زمان تحصیل که با شما آشنایی نزدیک داشته باشند و هیچ گونه نسبت خانوادگی با شما نداشته باشند. به ترتیب ذکر نمائید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	مدت آشنایی	نحوه آشنایی / نسبت	تلفن همراه
۱					
۲					
۳					
۴					

آدرسهای محل سکونت به طور دقیق نوشته شود:

	استان	شهر	ادرس و تلفن
فعلی			
قبلی			

سابقه محکومیت کیفری و یا ممنوعیت پذیرش در دانشگاه پس از بازگشائی دانشگاهها یا هر گونه توبیخ کتبی و شفاهی در کمیته انضباطی:

	نوع سابقه	تاریخ وقوع	نوع حکم	محل صدور حکم
۱				
۲				

\* چنانچه دارای وابستگی گروهکی می باشید با ذکر نوع فعالیت در یک سطر شرح دهید:.....

شماره تلفن همراه متقاضی: ۱- ..... ۲- ..... اینجانب..... داوطلب شرکت در آزمون  
دستیاری دوره ..... دانشگاه علوم پزشکی اهواز این فرم را صادقانه و با دقت تکمیل نموده و مسئولیت صحت مندرجات را بعهده گرفته در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق حق هیچگونه اعتراضی در نتیجه آزمون را نخواهم داشت. /  
**تاریخ امضا:**

۱- معرفین (به غیر از پدر، مادر، خواهر و برادر)			
ردیف	نام و نام خانوادگی	مسئولیت / شغل / نسبت	آدرس دقیق / شماره تماس
۱			
۲			
۳			
۲- معرفین زمان تحصیلی (اساتید، هم دوره گان زمان تحصیل)			
۱			
۲			
۳			
۳- معرفین محل طرح / کار			
۱			
۲			
۳			

نام و نام خانوادگی متقاضی:

امضاء:

تاریخ:

